



## FICHA MÉDICA

### DATOS DEL NIÑO@

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Nombre padre/madre y número de teléfono: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES

Enfermedades específicas padecidas: \_\_\_\_\_

Intervenciones quirúrgicas: \_\_\_\_\_

Padece alguna enfermedad actualmente? \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos? \_\_\_\_\_

Alergias a alimentos? \_\_\_\_\_

Otras alergias: \_\_\_\_\_

**\*Importante ENTREGAR fotocopia SIP a la llegada de la instalación.**